

A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde

Men's health in question: seeking assistance in primary health care

Max Moura de Oliveira ¹
Donizete Vago Daher ²
Jorge Luiz Lima da Silva ²
Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade ¹

Abstract *The scope of this study was to analyze the socio-demographic profile, morbidity and frequency of seeking of adult men enrolled in a Family Doctor Program for health care in Niterói in the State of Rio de Janeiro. It is a cross-sectional study using secondary data, files and records of the first care visit in November 2003 through August 2009. The frequencies of the variables studied and the prevalence rates among those who sought and those who did not seek attention were calculated. Among the 323 men registered, 56% sought attendance. The main reason given for the first visit was a routine appointment. It was observed that 43 men were overweight, 26 were obese and 44 had abnormal blood pressure. The profile of the men who sought and those who did not seek care presented statistically significant differences ($p < 0.05$) for: age, education level, social security and reference to morbidity at the time of registration. Older men with social security reporting some morbidity sought health services more often. It is necessary to broaden the studies to acquire more input for public health actions and policies that contemplate this population segment and its specificities.*

Key words *Man's health, Primary health care, Gender, Health*

Resumo *O objetivo deste estudo foi analisar o perfil sociodemográfico, de morbidade e frequência da busca por um serviço de saúde de homens adultos cadastrados em um setor do Programa Médico de Família do município de Niterói (RJ). Trata-se de um estudo transversal com dados secundários, cadastros e registros do primeiro atendimento de novembro de 2003 a agosto de 2009. Foram calculadas as frequências das variáveis estudadas e as razões de prevalência entre aqueles que buscaram e os que não buscaram atendimento. O principal motivo que demandou o primeiro atendimento foi consulta de rotina. Observou-se que 43 homens apresentaram excesso de peso, 26 eram obesos e que 44 tiveram a pressão arterial alterada. O perfil dos homens que buscaram e daqueles não buscaram atendimento apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para: idade, escolaridade, seguro social e referência à morbidade no momento do cadastro. Os homens mais velhos, com seguro social, que relataram alguma morbidade buscaram mais o serviço de saúde. É necessário ampliar os estudos para que haja mais subsídios para ações e políticas de saúde pública que contemplem este segmento populacional e suas especificidades.*

Palavras-chave *Saúde do homem, Atenção Primária à Saúde, Gênero, Saúde*

¹ Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. SQN 409/Bloco C/301, Asa Norte. 70857-030 Brasília DF Brasil.

maxmoura@gmail.com

² Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense.

Introdução

Os dados do censo demográfico do ano de 2010 apontam que 49% da população brasileira são constituídos de homens; destes 46,8% encontram-se na fase adulta (25-59 anos)¹. Dados epidemiológicos mostram que a cada três pessoas que morrem no Brasil, dois são do sexo masculino, respondendo por aproximadamente 60% dos óbitos no país².

No triênio de 2008 a 2010, a principal causa de óbito na população adulta do sexo masculino foi os acidentes (coeficiente médio anual de 112,3 mortes por 100 mil homens), seguido das neoplasias malignas (coeficiente médio anual de 111,5 mortes por 100 mil homens) e das agressões (coeficiente médio anual de 112,0 mortes por 100 mil homens)³. Os fatores de risco associados a doenças crônicas monitoradas pelo inquérito telefônico Vigitel no período de 2006 a 2011 mostraram um aumento da prevalência de excesso de peso, obesidade, e diagnóstico médico de diabetes entre os homens⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de sua história desenvolve políticas que subsidiam ações de saúde para grupos específicos. Nesta perspectiva foi formulada, em 2008, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com vistas a nortear as ações de saúde, estimulando o autocuidado destes sujeitos e, sobretudo, em reconhecer a saúde como um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros⁵.

O adoecimento e o cuidado de si são ações pouco valorizadas pelo homem, fato que os afastam do acesso aos serviços de saúde⁶. A PNAISH juntamente com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) busca fortalecer as ações e serviços em redes de cuidados e, assim, desenvolver o principal objetivo dessa política que é “promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população”⁵.

Em Niterói, o modelo de atenção primária vigente é o Programa Médico de Família (PMF), que foi inicialmente implementado em locais de baixa renda, com vistas à adscrição da clientela ao serviço de atenção primária. A organização comunitária é cogestora, juntamente com o poder público, que é responsável pela contratação

dos profissionais do PMF: coordenadores, supervisores, equipe básica (médicos e auxiliares de enfermagem). O serviço de saúde do programa é organizado em módulos que são divididos em microáreas (setores), que compreendem em média 1.200 pessoas. A área geográfica de abrangência de cada setor deve permitir o acesso da equipe básica a todos os domicílios deste e das pessoas ao módulo⁷.

Logo, este estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico, de morbidade e frequência da busca por um serviço de saúde de homens adultos cadastrados em um setor do PMF do município de Niterói (RJ) e verificar as diferenças entre os indivíduos que procuraram e os que não procuram atendimento.

Método

Trata-se de um estudo transversal, com dados secundários, realizado em um setor do Módulo Matapaca do Programa Médico de Família (PMF) em Niterói (RJ). A população do estudo foi constituída por homens na faixa etária de 25 a 59 anos, segundo o recorte de faixa etária preconizado pela PNAISH, cadastrados na área de abrangência do referido setor. Foram coletados dados a partir do registro de um mesmo indivíduo desde o primeiro atendimento em novembro de 2003, quando se iniciou o cadastro deste setor, a agosto de 2009, data do início do trabalho de campo. Esta coleta ocorreu no período de agosto a dezembro de 2009.

Os dados relacionados às seguintes variáveis: raça/cor autodeclarada (branco e pardo/preto), situação conjugal (com e sem companheira), idade, seguro social (sim e não), escolaridade (0-8, 9-11 e 12 anos ou mais) e distância da residência para a unidade de saúde (Até 2 km e mais de 2 km – Com exceção a uma pequena área que foi adscrita posteriormente ao setor estudado, toda a área fica localizada ao entorno do módulo); referência à alguma morbidade no momento do cadastro (sim e não); frequência ao serviço e motivo da procura por atendimento. Na categoria daqueles que recebem seguro social estão os aposentados e aqueles que recebem seguro-desemprego. Para as variáveis que pudessem ter variação temporal foi coletada a última informação registrada. Os dados foram coletados a partir da ficha de cadastro com seus respectivos prontuários médicos por meio de um instrumento padronizado por um único pesquisador.

Os dados foram inseridos em planilha eletrônica Microsoft Excel 2003 e como controle de

dados houve conferência das fichas com as informações digitadas, enquanto que para a análise estatística foi utilizado o Programa Epiinfo 3.5.3. Neste estudo foram descritas as frequências das variáveis mencionadas e calculadas as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense. Os gestores do serviço foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e concordaram com o mesmo. Não existiram conflitos de interesses para a realização deste trabalho.

Resultados

Foram incluídos no estudo 323 homens cadastrados no Programa Médico de Família (PMF) em um setor do Módulo Matapaca em Niterói (RJ), representando aproximadamente 27% dos cadastrados neste setor). Cento e quarenta e três homens (44%) foram cadastrados e no período dos cinco anos estudados nunca foram ao serviço, entretanto, destaca-se que 24 deles referiram queixas no momento do cadastro. Cento e oitenta homens (56%) buscaram atendimento no serviço de saúde em algum momento durante os cinco anos, sendo que o principal motivo que demandou o primeiro atendimento na unidade de saúde foi a consulta de rotina clínica (72%) com uma média de 10 atendimentos no período de novembro de 2003 a agosto de 2009. Considerando os atendimentos subsequentes, a maior proporção (42%) foi também de consultas de rotina, entretanto, a média de consultas por motivo de acompanhamento foi estatisticamente superior (média = 17 atendimentos) (Tabela 1).

De acordo com os dados observados, 43 homens (28%) apresentaram excesso de peso (IMC $\geq 25\text{kg/m}^2$) e 26 (17%) eram obesos (IMC \geq

30kg/m^2). A frequência de pressão arterial alterada ($\geq 140 \times 90$ mm Hg) foi de 26% ($n = 44$). Dentre aqueles que buscaram atendimento ($n = 180$), 36% relataram alguma queixa de saúde, no entanto, 119 homens cadastrados (83%) que nunca buscaram o serviço de saúde do Módulo Matapaca do PMF não referiram doenças no momento do cadastro.

O perfil dos homens que buscaram e daqueles não buscaram atendimento na unidade de saúde apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas seguintes variáveis: idade, escolaridade, seguro social e referência à morbidade no momento do cadastro. A média de idade dos homens que procuraram atendimento na unidade de saúde (41 anos) foi maior do que aqueles que não procuraram (Tabela 2).

Quanto à escolaridade, aqueles que têm de 0 a 8 anos de estudo (RP: 5,02; IC95%: 2,0 - 12,61) e de 9 a 11 (RP: 3,98; IC95%: 1,57 - 10,11) mostraram maior frequência na procura por atendimento do que aqueles com mais de 12 anos de estudo. Verifica-se também que receber benefícios do seguro social esteve associado com a procura por atendimento (RP: 1,37; IC95%: 1,12-1,68). Destaca-se que 36% ($n = 65$) dos indivíduos que procuraram atendimento relataram alguma morbidade, com uma RP de 1,49 (IC 95%: 1,24-1,78) em relação àqueles que não procuraram a unidade de saúde. As seguintes características não apresentaram associação estatística com a busca por atendimento: raça/cor, situação conjugal e distância da residência (Tabela 2).

Discussão

Os resultados estão em conformidade com o esperado, pois os homens que referiram ter algum problema de saúde no momento do cadastro foram os que procuraram muito mais o serviço de saúde,

Tabela 1. Classificação por motivo de atendimento prestado aos homens cadastrados em um setor do módulo do programa médico de família de Niterói (RJ), de novembro 2003 a agosto de 2009.

Motivo de atendimento	n	%	Média	Mín-Máx	Valor de p*
Primeiro atendimento (n = 180)					
Rotina clínica	129	72	10	(1-61)	< 0,01
Serviço de pronto atendimento	51	28	8	(1-50)	
Atendimentos subsequentes (n = 180)					
Consulta de rotina	76	42	6	(1-34)	< 0,01
Em acompanhamento	59	33	17	(5-61)	
Serviço de pronto atendimento	44	25	6	(1-23)	

* Kruskal-Wallis H.

Tabela 2. Situação sociodemográfica e de morbidade referida dos homens cadastrados em um setor do Módulo do Programa Médico de Família de Niterói (RJ), de novembro de 2003 a agosto de 2009.

Características	Procurou atendimento				Valor de p
	Sim		Não		
	Média	Mín-Máx	Média	Mín-Máx	
Idade, em anos (n = 323)	41	(25-59)	38	(25-59)	< 0,01*
Atendimentos (n = 143)	9	(1-61)	-	-	-
	n	%	n	%	RP (IC95%)
Cor (n = 123)					
Branco	64	52	1	100	0,98 (0,95-1,02)
Pardo/Preto	58	48	-	-	1
Situação conjugal (n = 316)					
Com companheira	122	69	83	59	1,22 (0,98-1,53)
Sem companheira	54	31	57	41	1
Escolaridade, em anos (n = 318)					
0-8	114	65	62	43	5,02 (2,0 - 12,61)
09-11	57	33	54	38	3,98 (1,57 - 10,11)
12 ou mais	4	2	27	19	1
Seguro Social (n = 321)					
Sim	100	56	55	38	1,37 (1,12-1,68)
Não	78	44	88	62	1
Distância Residência-PMF (N = 323)					
Até 2km	170	94	133	93	1,12 (0,72-1,76)
Mais de 2Km	10	6	10	7	1
Referiu doença no momento do cadastro (n = 323)					
Sim	65	36	24	17	1,49 (1,24-1,78)
Não	115	64	119	83	1

* T Student

assim como os homens mais velhos, que estão em uma fase da vida onde a saúde tende a se debilitar e os que relataram possuir aposentadorias.

O perfil dos homens adultos cadastrados em um setor do Programa Médico de Família de Niterói (RJ) demonstrou que cerca de 40% deles não procurou o serviço de saúde. Esta não procura por atendimento na atenção básica, pode ser reflexo do papel social construído para o homem em que a masculinidade está atrelada a valores ou atributos como fortaleza, agressividade e competitividade que foram socialmente construídos, contribuindo para determinar, por exemplo, o perfil de morbimortalidade destes sujeitos⁸.

Como hipóteses do não uso do serviço, tem-se que o serviço não fez busca ativa pelos usuários cadastrados no serviço e que tanto os homens cadastrados como os moradores do local que não são cadastrados, façam uso de outros serviços de saúde.

Além disso, os homens procuram menos os serviços de saúde de atenção básica do que as

mulheres e estes tendem a optar por serviços hospitalares, consultórios particulares e pronto atendimento ou serviços de emergência².

Em um estudo de gênero, verificou-se que essa construção social de masculinidade tem relação direta com os modos de perceber e de viver o adoecer e o cuidado com o corpo. Ademais, o acesso e a frequência aos serviços de saúde estão relacionados diretamente ao fato de que homens não se reconhecem como doentes⁸. Acrescido a isso, a disciplina do autocuidado, que já foi incorporada à rotina das mulheres, apresenta um baixo desempenho entre os homens⁹.

Outro estudo, cujo objetivo foi analisar concepções dos profissionais de saúde sobre as demandas e os comportamentos da população masculina atendida nos serviços de saúde, apontou que a presença dos homens ainda é bastante limitada e que a pressa, a objetividade, o medo e a resistência, além da dificuldade de acolhimento desta população são fatores que afastam os homens dos serviços de saúde¹⁰.

A procura por serviços de saúde ainda apresenta-se conectada a algum problema, seja agudo ou crônico. Trinta e seis por cento dos indivíduos que buscaram atendimento relataram alguma morbidade. Adicionalmente, os achados de excesso de peso, obesidade e pressão arterial alterada no primeiro atendimento, apresentam-se como um alerta, uma vez que estão diretamente associadas às doenças cardiovasculares, doenças hipertensivas e diabetes mellitus que estão entre as causas mais importantes de mortalidade entre os homens^{2,5}.

Dados do Vigitel 2011, inquérito telefônico representativo dos indivíduos maiores de 18 anos das capitais brasileiras e do Distrito Federal, descreveram para a população masculina uma prevalência de 52,6% de sobrepeso, 15,6% de obesidade e 19,5% de hipertensão arterial referida. Sobrepeso e hipertensão apresentaram tendência de aumento com a idade. No presente estudo, a frequência de obesidade e de hipertensão arterial apresentaram proporções maiores quando comparados aos dados do Vigitel⁴.

Em um inquérito domiciliar realizado com 217 homens, entre 20 e 49 anos, adscritos à Estratégia Saúde da Família em área urbana em Juiz de Fora (MG) em 2006 com 217 homens, entre 20 e 49 anos, foi constatada uma frequência de sobrepeso/obesidade de 43,3% e de 24% de hipertensão¹¹. Tanto este estudo quanto o Vigitel corroboram com os dados deste estudo quanto à necessidade de intensificar as estratégias de promoção de saúde na população masculina. Observou-se a existência de um expressivo número de homens que possuem problemas de saúde referidos no cadastro e que não procuram os serviços básicos de saúde. Deste modo, identificar os elementos psicossociais relacionados à maior vulnerabilidade pode contribuir para a construção de uma cultura de prevenção¹².

Neste estudo, os homens mais velhos, com menor escolaridade e aqueles que afirmaram possuir seguro social foram associados à busca por atendimento. As hipóteses que podem explicar estas relações são de que homens em idade produtiva e alocados no mercado de trabalho encontram dificuldades na busca por atendimento na atenção básica, tanto a baixa escolaridade quanto o recebimento de seguro social são indicativos de menor nível socioeconômico dos sujeitos estudados. Escolaridade acima de 12 anos de estudo e renda de cinco salários-mínimos estiveram associados a ter plano de saúde, esclarecendo a associação encontrada neste estudo¹³.

Os horários das atividades laborais não são compatíveis aos de funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que ambos se sobrepõem¹⁴.

Assim, há a necessidade de rever as ofertas de serviços aos homens em idade laborativa, de modo especial sobre a acessibilidade destes.

O papel de provedor desempenhado pelo homem gera dificuldades para introduzir espaços de autocuidado. Além das questões de horário de oferta de serviço, existe a necessidade de mudanças nas estratégias dos serviços, em particular nas educativas, para uma maior adesão dos homens às unidades de saúde, e da capacitação/qualificação contínua de equipes de profissionais para o atendimento dos mesmos^{15,16}. Bem como, a compreensão da lógica de atendimento aos homens quanto à esfera estrutural nos quais esses serviços são oferecidos como um todo¹⁷.

A PAISH deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As ações devem resguardar as diferentes necessidades e demandas da população masculina do país, sem discriminação^{5,18}; investir em um movimento de acesso que entenda e atenda o homem em sua singularidade e especificidades¹⁹.

Em um estudo que buscou analisar a PAISH, pela perspectiva dos atores envolvidos na sua implementação, observou-se que a mesma vem sendo pensada como norteadora da atenção integral para abordar os homens na atenção redutora de problemas urológicos; e ainda como sendo algo vago e sem detalhamento de como proceder para o atendimento destes homens. Esses diversos contextos devem ser considerados na implementação da Política para que o engajamento dos profissionais envolvidos possa ocorrer de forma efetiva e contínua²⁰.

Há a necessidade de se sensibilizar esse segmento populacional para a utilização da atenção básica como porta de entrada no Sistema Único de Saúde²¹. Uma estratégia seria o estabelecimento de parceria com os setores empregadores desses homens para que os locais de trabalho possam ser ambientes de promoção e prevenção, ao tratar de temas relacionados ao cuidar em saúde.

Como limitações do estudo, não foi possível descrever o período de tempo entre o cadastro dos sujeitos e a primeira busca por atendimento, por não haver o aprazamento da data do cadastro dos mesmos. Esses dados poderiam contribuir para o entendimento da periodicidade entre o cadastro e a busca do atendimento de saúde. Além disso, foram considerados apenas os atendimentos das consultas médicas e os registros de interconsultas dos supervisores, uma vez que os atendimentos realizados por outros profissionais, como equipe de enfermagem, não eram registrados em prontuários, subestimando números dados sobre procura por atendimento.

Destaca-se a importância de realização de estudos posteriores com homens que não frequentam as Unidades de Atenção Básica de Saúde, com a finalidade de conhecer o seu perfil epidemiológico, suas demandas e necessidades em saúde de modo a construir subsídios para ações e políticas de saúde pública que contemplem este segmento populacional e suas especificidades.

Colaboradores

MM Oliveira, DV Daher e JLL Silva participaram na concepção e delineamento do estudo. MM Oliveira, DV Daher, JLL Silva e SSCA Andrade colaboraram na análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante ao conteúdo intelectual do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico e Contagem da População*. Rio de Janeiro: IBGE. [acessado 2013 fev 20] Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=1378&z=cd&o=7>
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Perfil da Saúde no homem. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de Saúde*. Brasília: MS; 2007. p. 509-536.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS. [acessado 2012 jan 30]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)*. Brasília: MS; 2008.
6. Korin D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolesc Latinoam* 2001; 2(2):67-79.
7. Hubner LCM, Franco TB. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. *Physis* 2007; 17(1):173-191.
8. Gomes R. *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
9. Figueiredo WS, Schraiber LB. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):935-944.
10. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2617-2626.
11. Eyken EBBDV, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(1):111-123.
12. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teor Prat* 2011; 13(3):152-166.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
14. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica* 2007; 23(3):565-574.
15. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Silva GSN, Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):961-970.
16. Machado MF, Ribeiro MAT. Young men's discourses regarding access to healthcare services. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(41):343-355.
17. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebelo LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):983-992.
18. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(33):257-270.
19. Domingues PS, Daher DV, Pinto AA. Health education as a possibility for health promotion of men. *Nurse UFPE* 2012; 6(12):3034.
20. Gomes R, Leal AF, Knauth D, Silva GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10):2589-2596.
21. Duarte S, Oliveira J, Souza R. A Política Saúde do Homem e sua operacionalização na Atenção Primária à Saúde. *Gestão e Saúde* 2012; 3(1):520-530.

Artigo apresentado em 30/08/2013

Aprovado em 26/10/2013

Versão final apresentada em 31/10/2013